

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA - MANAGUA

UNAN - MANAGUA.

FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS.



HOSPITAL BERTHA CALDERON ROQUE.

Tesis para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Tema:

Incontinencia Urinaria de Esfuerzo: Calidad de Vida de las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico en el servicio de Ginecología del Hospital Escuela Bertha Calderón Roque Abril 2014 – Marzo 2015

Autor:

Dr. Orlando de Jesús Picado García.

Tutor:

Dr. Juan José Almendarez.

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Urología Ginecológica.

Managua, Marzo 2018.

INDICE

I.	INTODUCCION	6
II.	ANTECEDENTES	8
III.	JUSTIFICACION.....	10
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
V.	OBJETIVOS	13
VI.	MARCO TEORICO	14
VII.	DISEÑO METODOLOGICO.....	23
VIII.	RESULTADOS.....	31
IX.	DISCUSION.....	41
X.	CONCLUSIONES.....	43
XI.	RECOMENDACIONES.....	44
XII.	BIBLIOGRAFIA	45
XIII.	ANEXOS.....	50

DEDICATORIA

A Dios, por ser el pilar y guía de mi vida día a día.

A mi Madre que es mi mayor ejemplo de Vida. Gracias.

A mi Padre, ejemplo de humildad, esfuerzo, y profesionalismo. Lo admiro.

*A mi Familia, que siempre me han apoyado y compartido conmigo momentos de
tristezas y felicidad.*

*A mi Maestro, a quién admiro, respeto, y que me ha enseñado tanto sobre mi
especialidad como sobre la vida. Realmente una Familia va más allá de un vínculo
Sanguíneo.*

AGRADECIMIENTOS

A Dios, el Ser Omnipotente que me ha permitido llegar hasta esta etapa de mi vida.

A mi Familia, por estar siempre a mi lado en esta etapa tan crucial de formación.

A mis Amigos, gracias a su apoyo, me esfuerzo cada día más.

*A los Docentes del Hospital Bertha Calderón Roque, gracias a sus enseñanzas he
alcanzado este logro.*

*Especial agradecimiento al personal del Servicio de Ginecología del Hospital Bertha
Calderón Roque, en donde encontré tanto docentes como amigos con los cuales
aprendí y compartí muchos buenos momentos.*

*Al Personal en general del Hospital Bertha Calderón Roque, por ser templo de la
Ginecología y Obstetricia en Nicaragua, y haber compartido tantas vivencias días a
días conmigo.*

RESUMEN

La International Continent Society (ICS) define la Incontinencia Urinaria (IU) como «la pérdida involuntaria de orina que se puede demostrar de forma objetiva y que ocasiona un problema social y de higiene». La IU es un grave problema en nuestra sociedad por su frecuencia, repercusión y magnitud.

La IU tiene graves repercusiones sociales y psicológicas, deteriora la calidad de vida, limita la autonomía personal, predispone para una mayor morbilidad y mortalidad y provoca un enorme gasto en el presupuesto sanitario.

La causa principal que ha impulsado este trabajo, es contribuir a conocer y ahondar en el tema de la incontinencia urinaria de esfuerzo, haciendo énfasis en como el manejo quirúrgico mejora la calidad de vida de las pacientes.

Se realizó un estudio de Corte Transversal retrospectivo, en 108 pacientes que fueron sometidas a tratamiento quirúrgico para corregir Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Utilizando la fórmula matemática para estudios descriptivos, se obtuvo una muestra de 70 pacientes.

Se encontró que los principales factores relacionados a IUE son las situaciones de hipoestrogenismo (perimenopausia y posmenopausia), el sobrepeso-Obesidad, y la presencia de prolapso de órganos pélvicos.

Las cirugías de elección en este tipo de incontinencia es la corrección utilizando mallas, la cual da un índice alto de éxito. La operación de Burch a pesar de ser aun el estandar de oro para este tipo de problemas, su uso se limita más a mujeres con situaciones especiales.

Está demostrado que el tratamiento quirúrgico mejora la calidad en casi la totalidad de las pacientes su calidad de vida.

INTRODUCCION

La International Continent Society (ICS) define la Incontinencia Urinaria (IU) como «la pérdida involuntaria de orina que se puede demostrar de forma objetiva y que ocasiona un problema social y de higiene». La IU es un grave problema en nuestra sociedad por su frecuencia, repercusión y magnitud. Es una situación de salud que afecta, en mayor o menor grado, a alrededor de 100 millones de personas en el mundo. De ellos el 50% vive en asilos de ancianos y entre el 15 y el 30% son mujeres mayores de 65 años. Suele ser más frecuente en ancianos y mujeres, de dos a cuatro veces, pero afecta a todos los grupos de población, edades y sexos. Uno de los síntomas geriátricos más frecuentes es la incontinencia urinaria, constituyendo un importante problema sanitario entre los ancianos. El envejecimiento en sí mismo no es causa de incontinencia urinaria, pero sí determinante de una serie de cambios anatómicos y funcionales que pueden influir, en mayor o menor medida conjuntamente con patologías asociadas, en el control de la continencia.

La IU tiene graves repercusiones sociales y psicológicas, deteriora la calidad de vida, limita la autonomía personal, predispone para una mayor morbilidad y mortalidad y provoca un enorme gasto en el presupuesto sanitario. En medicina la incontinencia urinaria es asociado a problemas higiénicos y sociales que contribuyen a deteriorar la calidad de vida del individuo, con influencia en el entorno familiar o de relación, en el grado de independencia, y abocando a una situación de aislamiento por la sensación de vergüenza, con pérdida de la autoestima e incremento de la dependencia de terceras personas. Las consecuencias y complicaciones de esta enfermedad, si no se tratan adecuadamente, deterioran significativamente la calidad de vida de los pacientes, limita su autonomía y reduce la autoestima, incluyendo aislamiento social y depresión. La IU aparece alrededor de los 40 años y se acentúa de forma paulatina con la edad. Se asocia con el climaterio, con determinadas enfermedades y con otros factores de riesgo, como número de partos vaginales, estreñimiento, cirugía pélvica, obesidad, tipo e intensidad de ejercicio practicado y ciertos fármacos.

El tratamiento puede ayudar a mejorar o eliminar los síntomas de muchos pacientes, lo que lleva a una mejor calidad de vida y una mejoría del estado funcional. Muchas mujeres consideran el problema como un hecho inevitable, propio de la edad o, como una cuestión de la esfera privada, lo que hace que no demanden atención sanitaria por este motivo, permaneciendo como una dolencia oculta. Uno de los principales problemas asociados a la IU es que solamente entre el 25%

y el 50% de las personas afectadas buscan ayuda profesional, y menos del 10% lo consulta a su enfermera. Un alto porcentaje de mujeres que la padecen no consulta el problema a su médico, los médicos no preguntan de forma sistemática a la mujer y las afectadas viven este problema de forma íntima, como algo vergonzante. La problemática asociada a la IU se podría resumir en un escaso reconocimiento de esta enfermedad como problema; una falta de concienciación por parte de la mujer en cuanto a las soluciones existentes y una insuficiente implicación de los profesionales de la salud en su detección.

ANTECEDENTES

A nivel internacional, en 1996 Ulmstem, se introduce la técnica TVT (Cinta Vaginal Libre de Tensión) la cual se caracteriza por ser mínimamente invasiva, con una rápida curva de aprendizaje, cortó tiempo operatorio y baja incidencia de complicaciones, presentando resultados comparables a Burch incluso en los seguimientos a largo plazo. Ulmstem y cols. En 1996 comunicaron una tasa de curación de la incontinencia urinaria con la técnica de TVT del 85%, a los 36 meses de seguimiento. En un estudio realizado por Meschia y cols. en la que se realizó esta misma técnica, se reportó una tasa de curación del 90% al 92%, en 404 mujeres sometidas al procedimiento, con una media de seguimiento de 21 meses (rango de 12 a 35 meses), entre las principales complicaciones reportadas se describen; perforaciones vesicales en el 6% de las pacientes, dificultad en la micción en un 4%, se presentó sangrado retropúbico que requirió intervención en el 0.5 % de los casos y en un 0.2% de los casos se lesionó el nervio obturador.

En un estudio prospectivo multicéntrico realizado por P.C.R. Palma et al. en el periodo comprendido entre febrero del 2001 y marzo del 2002, a 100 pacientes con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo, cuyas edades oscilaban entre los 40 y los 71 años, a las cuales se les realizó corrección de su incontinencia a través de la vía transobturatriz con cabestrillo Safyre obteniendo tasas de curación en un período de seguimiento de 14 meses del 92% de las pacientes, un 23% mejoraron significativamente y en un 5% de los casos se consideró fracaso del procedimiento.

Müller y Cols, hicieron un estudio sobre el abordaje de la IUE mediante la técnica de Burch. Fue un estudio retrospectivo entre 1989 y 1991. Se obtuvieron los siguientes resultados: El 77.5 % de las pacientes estaban comprendidas entre los 36 y 45 años, el 77.5% habían tenido 4 ó más embarazos terminando en la mayoría de casos vía vaginal, en los resultados quirúrgicos, el 90% portaron sonda vesical exitoso por 48 horas y el retiro fue exitoso en el tiempo señalado (no ameritaron nuevo sondaje por retención de orina). Solo en un 75% de pacientes se logró un seguimiento de un año. En la mayoría de los casos las pacientes referían subjetivamente mejoría.

A nivel nacional en 1989, el Dr. Blandón García (1), revelo en estudio realizado en el HEODRA, que el 71.8% de la población de estudio con IU eran multíparas con más de 4 partos, los factores desencadenantes de mayor prevalencia encontrados en ese momento fueron la tos y el estornudo; siendo el grupo más afectado entre los 30 y 39 años. La investigación llevada a cabo en 1993, por el Dr. Ruiz Lorente (2) en el HEODRA, concordó con el estudio anterior que el 75% de la población

tenían como antecedente más de 4 partos; pero que la población afectada era mayor de 40 años. Siendo el tipo el tipo de incontinencia de predominio en ese momento la de estrés pura, seguida de las mixta con predominio de urgencia. Además revelo que el tratamiento para las pacientes con IU de esfuerzo debe ser quirúrgico; mientras las pacientes con IU de urgencia debe médico y a las mixtas tratamiento combinado médico y quirúrgico.

Otro estudio realizado en 1993, por el Dr. Erick Esquivel Muñoz (3) en el HEODRA, concordó con los estudios anteriores que la mayoría de la población tenía como antecedente más de 4 partos. Encontrando también que la población afectada era mayor de 40 años y que las pacientes con IU de esfuerzo se manejaron con procedimiento quirúrgico, las IU de urgencia el manejo fue médico y a las IU mixta se manejaron con tratamientos combinados, datos que concuerdan con la investigación realizada por el Dr. Ruiz Lorente; pero el tipo de IU que predominó en este estudio fue la mixta con predominio de esfuerzo, seguida por la incontinencia de esfuerzo.

En el estudio realizado en el 2009 por el Dr. Aldo Chow How, en el que se incluyeron 89 pacientes con incontinencia urinarias evaluando el éxito de la cinta vaginal libre de tensión para la corrección de la IUE. Encontrando el tipo de incontinencia más frecuente fue la IUE tipo II CON UN 61.7%. La estancia intrahospitalaria fue de menos de 30 horas en 96.6% y de 48 h en el 3.3% y respecto al uso de sonda uretral un 96.6% de las pacientes la usó por menos de 24 horas. Los resultados de la cirugía en el post operatorio fue: curación en el 97.7% y el 1.1% mejoría significativa, lo que respecta al grado de satisfacción fue del 100%.

En un estudio realizado en el HALF por el Dr. Alemán Cruz en el 2006, en el que se incluyeron 15 pacientes con incontinencia urinaria tanto del HALF como del HBCR, se evaluó el éxito de la cinta vaginal libre de tensión para la corrección de la IUE. El tipo de incontinencia más frecuentemente encontrada en el estudio fue mixta con el 72.7% y en el 27.3% pura. El tiempo operatorio fue 10-19 min en el 54.4%, de 20-29 min en el 27.3%. La estancia posquirúrgica fue de 30 horas en 90.9% y de 48 h en el 9.1% y respecto al uso de sonda uretral un 90.9% de las pacientes la usó por 24 horas. Los resultados de la cirugía en el post operatorio fue: curación en el 81,8% y el 18.2% mejoría significativa, lo que respecta al grado de satisfacción fue del 100%.

JUSTIFICACION

Son muchos los factores y circunstancias que han influido en la puesta en marcha de esta tesis. La conjunción de todas ellas nos ha llevado a considerar el tema tratado como interesante y digno de un estudio pormenorizado y minucioso. La causa principal que ha impulsado este trabajo, es contribuir a conocer y ahondar en el tema de la incontinencia urinaria de esfuerzo, haciendo énfasis en como el manejo quirúrgico mejora la calidad de vida de las pacientes. Esto será una aportación a la comunidad científica y a todos los profesionales sanitarios que inciden en este problema, ayudándoles a tratar con mayor eficacia los problemas que se dan en su resolución. Realmente hay estudios que han realizado un acercamiento a este tema pero creemos que no han llegado a profundizar ni se han circunscrito a la población femenina de nuestros Hospital.

Como ya hemos comentado en la introducción, la incontinencia urinaria es un problema que afecta a un amplio sector de la población y que causa un deterioro significativo en la calidad de vida, afectando a sus hábitos diarios, quehaceres, relaciones y hasta a su autoestima. Además de los problemas que trae a las personas que sufren esta enfermedad, no pueden subestimarse las consecuencias relacionadas con los ámbitos sanitarios y socio-sanitarios. Dándose una mayor petición de cuidados y de atención entre las personas afectadas por este trastorno. Debemos tener en cuenta también que el sistema sanitario no siempre está preparado para dar respuestas correctas y satisfactorias.

En muchos casos los profesionales sanitarios minimizan y banalizan en exceso este problema, atribuyéndolo a “cosas normales de la edad”, por lo que no le dan la suficiente importancia con la consecuente sensación de desatención y poco interés de parte de los profesionales en los pacientes. Éstos ignoran en muchos casos que existe una tipología de la incontinencia y la llaman siempre “incontinencia habitual”, sin preocuparse de la situación mental y física de cada paciente; ofreciendo en consecuencia soluciones iguales para todos los casos en vez de diversificar los tratamientos. No tienen en cuenta las necesidades de cada sujeto ni las opciones de planteamiento individualizadas. Debe verse a cada paciente y su problemática, teniendo en cuenta sus peculiaridades y dando un tratamiento individualizado a cada uno.

El trabajo actual persigue conocer como el tratamiento de la incontinencia urinaria en mujeres, mejora su calidad de vida. Deseamos que la difusión de este estudio aporte a un tema que afecta a una gran parte de la población. Así mismo esperamos que los profesionales que atienden la IU lo tengan en cuenta, desde cualquier especialidad o ámbito desde el que sea afrontado. De esta forma se podrá dar un cuidado más integral y apropiado a cada caso y paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la Calidad de Vida de las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico en el servicio de Ginecología del Hospital Escuela Bertha Calderón Roque Abril 2014 – Marzo 2015?

OBJETIVO GENERAL

Conocer la Calidad de Vida de las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico en el servicio de Ginecología del Hospital Escuela Bertha Calderón Roque Abril 2014 – Marzo 2015

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características generales, antecedentes patológicos y no patológicos de las pacientes en estudio.
2. Identificar la presentación clínica y severidad de las pacientes previas al estudio.
3. Identificar el tipo de técnica quirúrgica aplicada, en los pacientes en estudio.
4. Describir la mejoría clínica de las pacientes posterior a la cirugía.

MARCO TEORICO

Fisiología de la Micción.

El reflejo de la micción permite el vaciamiento de la vejiga urinaria cuando ésta alcanza su límite de llenado y almacena progresivamente la orina en la vejiga hasta que ésta alcanza su umbral, desencadenando un reflejo nervioso llamado reflejo de micción; la orina fluye a través de la uretra y la vejiga se contrae. (Quintana, 2009).

La continencia, es el resultado de una perfecta función y coordinación del tracto urinario inferior así como de la integridad del sistema nervioso, responsable de su actividad. (Morilla Herrera et al. 2007). El control voluntario de la micción, supone mecanismos neurológicos de gran complejidad y aún no perfectamente conocidos del todo. La micción y la continencia son el resultado de la magnitud de dos fuerzas coordinadas y contrapuestas: la presión intravesical y la presión intrauretral.

Es condición necesaria que la presión intrauretral sea mayor que la presión intravesical para que se mantenga la IU. Durante la fase de llenado vesical, la continencia se mantiene por el músculo liso y estriado de la uretra proximal, que mantiene una presión más elevada que la existente en la vejiga. (Rexach Cano et al. 1999)

FACTORES DE RIESGO.

Son diversos los factores que pueden contribuir a aumentar el riesgo de padecer incontinencia:

La edad: la incontinencia urinaria en la mayoría de los estudios está correlacionada con la edad. La prevalencia aumenta regularmente con la edad (Madrone Freire et al. 2004), (Rebassa et al. 2013). La IU no se debería considerar normal en la vejez, sin embargo, hay cambios en la vejiga y en las estructuras pélvicas que ocurren con la edad y que contribuyen con la IU (Locher et al. 2002). La incontinencia urinaria aumenta con la edad pero no es consecuencia directa de ella. (Nieto Blanco et al. 2004).

Parto: Algunos estudios evidencian relación entre el número de partos y la incontinencia urinaria (González Carmona et al. 2013). Esto se debe a: primero, el parto produce laxitud del piso pélvico, como consecuencia del debilitamiento y estiramiento de los músculos y tejido conectivo durante el parto. Segundo, el daño puede ocurrir como resultado de las laceraciones espontáneas que sufren los tejidos, y la tercera posibilidad es que durante el parto vaginal, se dañen el nervio pudendo y los nervios pélvicos, lo cual interferiría en la habilidad para contraerse de modo eficiente del esfínter

uretral estriado en respuesta al aumento de la presión intraabdominal o de las contracciones del detrusor. (Abrams et al. 2002)

Menopausia: Los cambios que se producen en la menopausia aumentan la posibilidad de contraer infecciones urinarias y pueden aparecer síntomas de retención de la orina.

La disminución o ausencia de estrógenos durante el climaterio puede conllevar una debilidad en los músculos que sirven de soporte físico de la vejiga impidiendo un cierre uretral adecuado. Pero a pesar de estos datos no está totalmente demostrada la relación entre menopausia e incontinencia. Mujeres con estado premenopáusico reportaron menos casos de incontinencia urinaria. (Velázquez Magaña et al. 2007).

Obesidad: La obesidad puede ser un factor que puede causar IU o ayudar en la gravedad de esta condición. Esto se debe a la sobrecarga del piso pélvico debido al peso extra que conlleva la obesidad. Esta sobrecarga produce un estiramiento y un debilitamiento de los músculos, nervios y demás estructuras del suelo pélvico.

Existen muchos estudios que corroboran que la IU en mujeres está ligada a un mayor peso y un superior índice de masa corporal. (Martínez Córcoles et al. 2008). (Velázquez Magaña et al. 2007). Podría afirmarse que en mujeres con ganancia de peso podría aumentar la susceptibilidad de IU y que la pérdida de peso puede ayudar a disminuir la incontinencia. (Abrams et al. 2002a)

Forma de vida: Hay factores que pueden tener importancia en la etiología de la incontinencia por esfuerzo (estreñimiento crónico, tabaquismo, diabetes mellitus) aunque existen pocos datos que confirmen esta teoría (Thüroff et al. 2011).

Tabaquismo, dieta, depresión, infecciones de las vías urinarias (IVU) y ejercicio no constituyen factores de riesgo. La diabetes mellitus es un factor de riesgo en la mayoría de los estudios. (Thüroff et al. 2011).

Clasificación

Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE)

La ICS define la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) como la percepción del escape de orina con el esfuerzo, como por ejemplo tos, estornudo, etc. (Abrams, 2002).

Es, por lo tanto, la pérdida involuntaria de orina originada por un aumento brusco de la presión abdominal. Habitualmente se produce debilidad de los elementos de sostén uretrales o IUE por hipermovilidad uretral (nygaard 2004).

Clasificación fisiopatológica de la incontinencia urinaria

- Incontinencia urinaria de esfuerzo: pérdida involuntaria de orina que coincide con el aumento de la presión abdominal, desencadenado por la actividad física.
- Incontinencia urinaria de urgencia: pérdida involuntaria de orina asociada con un fuerte deseo de orinar (urgencia). Clínicamente suele acompañarse de aumento de la frecuencia diurna y nocturna.
- Incontinencia urinaria mixta: asociación de síntomas de pérdida involuntaria de orina con los esfuerzos y síntomas de vejiga hiperactiva.
- Otros tipos: anomalías congénitas, fístulas, incontinencia por rebosamiento, obstrucciones uretrales y disfunciones neurógenas.

El soporte de todas las vísceras pélvicas, incluida la uretra, depende del suelo pélvico (SP), que es una estructura músculo-fascial que se extiende desde el pubis y las paredes laterales de la pelvis hasta el coxis, cerrando el abdomen por debajo y dejando una abertura central para el paso de la uretra, vagina y recto.

El SP se extiende entre estructuras óseas fijas y, por lo tanto, al contraerse no se acorta, sino que se tensa (Abrams et al. 2002).

Con los esfuerzos bruscos se produce una contracción refleja de éste que contrarresta el aumento de presión intraabdominal y evita el descenso de los órganos pélvicos.

En este complejo muscular existen unos haces musculares que, al contraerse, comprimen y cierran la luz uretral.

Por este motivo, la disfunción del SP podrá producir IUE al fallar los soportes que estabilizan y cierran la uretra durante los esfuerzos (nygaard 2004).

Podrá asociarse a otras formas de prolapso más o menos severo de los órganos vecinos. Incluso puede quedar la IUE enmascarada si existe un cistocele que acode la uretra.

Una de las causas más comunes que lesionan el SP son los traumatismos obstétricos como la producción de desgarros musculares y faciales, así como la inducción de lesiones neurales por compresión de ramas del pudendo y aparición de denervaciones parciales.

Otros factores son las sobrecargas continuadas, como las producidas por la obesidad, la tos crónica, el estreñimiento crónico y los esfuerzos físicos laborales o deportivos (nygaard 2004).

La manera de reconocerla es comprobar la salida de orina por la uretra concomitante con los esfuerzos, a la vez que la uretra se desplaza hacia abajo.

Este desplazamiento uretral se puede apreciar fácilmente a simple vista. Si se quiere apreciar mejor se puede introducir un bastoncito estéril en la uretra.

El extremo externo que sobresale ascenderá durante los esfuerzos, llegando a un ángulo con la horizontal mayor de 30°, con la mujer en decúbito supino. Esta prueba se llama “test del hisopo”, o Q-tip test en la literatura anglosajona (nygaard 2004).

Así, la IUE por hipermovilidad uretral la podemos apreciar a simple vista o con el test del hisopo. La urodinamia nos confirmará el diagnóstico.

Otra forma mucho menos frecuente de IUE es la lesión del mecanismo uretral esfinteriano intrínseco o IUE por disfunción uretral intrínseca, que suele aparecer tras cirugía.

Suele ser clínicamente severa y recidivante tras cirugía para la IUE, o se origina después de cirugía radical pélvica, o secundaria a radioterapia.

En la literatura también se la conoce como defecto, daño, deficiencia uretral intrínseca o deficiencia esfinteriana intrínseca. Puede estar causada por una lesión de la pared uretral, una fibrosis periuretral o una denervación de la musculatura intrínseca uretral.

Todo ello impide que sus paredes coaptan y cierren adecuadamente. Se sospechará de ella cuando aparezca IUE clínicamente severa y recidivante con uretra fija o poco móvil.

El diagnóstico se basa en la urodinamia y, en especial, en la realización del perfil uretral con detección de una baja presión uretral (Abrams, 2002).

Se dice que existe cuando la máxima presión uretral de cierre con vejiga llena y en posición sentada es igual o inferior a 20 cm de agua.

Incontinencia urinaria de urgencia (IUU)

La ICS la define como la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de urgencia miccional (Abrams, 2002). Así pues, es la pérdida involuntaria de orina asociada a un fuerte deseo de orinar.

Clínicamente suele acompañarse de síntomas irritativos vesicales como polaquiuria diurna o nocturna, dolor a la distensión vesical, micción imperiosa, incapacidad de interrumpir la micción una vez iniciada y, con frecuencia, enuresis nocturna.

Urodinámicamente cursa con capacidad y adaptabilidad vesical normales o disminuidas y existencia o no de contracciones involuntarias del detrusor. Si existen contracciones involuntarias del detrusor, se la denomina incontinencia de urgencia motora, que representa la forma más habitual. Si no existen, se la denomina incontinencia de urgencia sensorial.

En la incontinencia de urgencia motora, las contracciones involuntarias del detrusor o detrusor hiperactivo constituyen lo que se denomina vejiga o detrusor inestable. La ICS la define como "existencia en la cistomanometría de contracciones objetivables y medibles del detrusor superiores a 15 cm de agua y que la mujer no puede inhibir". Pueden producirse durante el llenado vesical o provocarse mediante determinados test (bipedestación, esfuerzo, marcha, actividad corporal, tocar agua) (Ishiko, 2000).

La incontinencia de urgencia sensorial, muchísimo menos frecuente, se presenta como la pérdida de la orina causada por un imperioso deseo de orinar, que suele asociarse a un dolor vesical.

Urodinámicamente existe una disminución de la capacidad y de la adaptabilidad vesicales, pero con un detrusor sin contracciones involuntarias. Suele estar causada por alteraciones de la mucosa o de la pared vesical, como litiasis, cuerpos extraños, cistitis rdica, tumores, etc. Requiere diagnóstico causal y tratamiento urológico.

Incontinencia urinaria mixta

La ICS la define como la percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a la urgencia como al esfuerzo (Abrams, 2002).

Su diagnóstico urodinámico es muy importante, ya que con sólo la reparación quirúrgica puede que no se consiga su curación y que se requieran ulteriores tratamientos farmacológicos.

Otros tipos de incontinencia

Son menos frecuentes en la práctica ginecológica habitual. Existe un amplio abanico de tipos de incontinencia.

La incontinencia urinaria neurógena es la pérdida involuntaria de orina debida a la actividad refleja anormal de la médula espinal con ausencia de la sensación usualmente asociada del deseo de orinar. Clínicamente cursa con evidencia de lesión neurológica, incontinencia inconsciente y vaciamiento vesical incompleto. Urodinámicamente se manifiesta por hiperactividad del detrusor y relajación involuntaria de la uretra. Es siempre causada por lesión medular y cae fuera del ámbito ginecológico.

La incontinencia urinaria por rebosamiento es la pérdida involuntaria de orina asociada a la sobre distensión de la vejiga en ausencia de actividad del detrusor y de esfuerzo físico. Según su causa, puede ser obstructiva o neurológica (Abrams, 2002).

En ginecología podemos encontrarnos este tipo de IU en retenciones urinarias agudas posparto, en el postoperatorio de cirugía vaginal o cirugía de la incontinencia, o con tumoraciones pélvicas que eleven y compriman la uretra, como el útero gestante en retroflexión o miomas encarcerados en Douglas. Por causa neurológica, tras la histerectomía radical (Ishiko, 2000).

Otros tipos menos frecuentes de incontinencia se pueden.

Clasificación según su severidad

Es importante determinar el grado de severidad de la IU. En las formas leves, las fugas de orina son infrecuentes y de pequeña intensidad. En las formas severas, por el contrario, las pacientes tienen que ir protegidas con compresas específicas ya que las pérdidas son muy intensas y frecuentes.

No obstante, la ICS ha establecido unas normas objetivas para su catalogación. Se basan en el peso del llamado pad test. Se da a las pacientes una serie de compresas que se pesan en seco y que luego son devueltas una vez utilizadas para su pesado ulterior. La prueba se ha estandarizado tras una hora de exposición y/o tras 24 horas de uso, según la intensidad de los síntomas. Así, en la prueba

horaria se define como leve cuando el aumento de peso de la compresa es de 2,1 a 5 g; como moderada cuando es de 5,1 a 10 g, y como severa cuando es de 10,1 a 50 g (Jorgensen, 1987).

La poca practicidad del pesado de las compresas ha hecho que se haya investigado la correlación entre diferentes cuestionarios y el pad test. Así, diferentes cuestionarios (Ishiko, 2000) presentan una muy buena correlación matemática y simplifican la catalogación de la severidad de la incontinencia.

Otros tipos de incontinencia urinaria

1. Malformaciones congénitas

- Extrofia vesical
- Persistencia del seno urogenital
- Uréter ectópico

2. Fístulas

3. Incontinencia urinaria por rebosamiento

4. Obstrucciones uretrales adquiridas

- Compresiones extrínsecas
- Obstrucciones secundarias a cirugía

5. Disfunciones neurógenas

Para la valoración de la severidad de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo se Utiliza el Índice de Hodge Sanvik,

Índice de severidad de Incontinencia (ISI) Hogné Sandvik

¿Con qué frecuencia se le escapa la orina?

1. Menos de una vez al mes
2. Algunas veces al mes
3. Algunas veces a la semana
4. Todos los días y noches

¿Qué cantidad de orina se le escapa cada vez?

1. Gotas (muy poca cantidad)
2. Chorro pequeño (una cantidad moderada)
3. Mucha cantidad

El puntaje de Severidad se Obtiene de multiplicar el valor numérico de las primeras dos variables evaluadas.

- 1-2 leve
- 3-6 moderado
- 8-9 severo
- 12 muy severo

Tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria:

Desde que en 1914 Kelly describiera la denominada aplicación de Kelly, se han producido numerosos adelantos en el conocimiento de la fisiopatología, el diagnóstico y el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

En 1949, Marshall y Colbs describen la suspensión retropúbica, que presenta evidentes ventajas, pero también inconvenientes, como el riesgo de obstrucción uretral, la incapacidad para corregir el cistocele y la posible aparición de osteítis del pubis.

En 1961, John Burch describe su técnica de suspensión retropúbica, con la que pueden corregirse cistocelos medianos y obviar las complicaciones de la técnica de Marshall.

Hoy sigue siendo habitual la utilización de esta técnica, con la que deben compararse todas las innovaciones quirúrgicas que van apareciendo.

Desde su inicio, se han ido realizando numerosas modificaciones individuales, como las de Turner-Warwick, Stanton, Tamagho, Ramírez, etc.

Si bien es cierto que en 1959 Pereyra describe la suspensión transvaginal del cuello vesical, no es hasta décadas posteriores cuando su utilización tiene mayor auge y se describen numerosas y significativas modificaciones, como las de Cobb (1978), Harer (1965), Jeffcoate (1995), Stamey (1973), Tauber (1967), Winter (1976), Raz (1981), Gittes (1987), etc.

Aunque los cabestrillos suburetrales se emplean desde principios del siglo pasado, no es hasta finales del mismo, tras la descripción de Ulmsten, cuando su utilización se populariza en todo el mundo.

En la comparación entre colposuspensiones y cabestrillos libres de tensión, debemos concluir que ambas técnicas son exitosas a corto y medio plazo. No obstante, si bien existen resultados a muy largo plazo de las suspensiones retropúbicas, quizá todavía sea demasiado pronto para hacer una comparación a largo plazo de los resultados de los cabestrillos libres de tensión

Índice ICIQ-SF

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida.

Consiste en 4 preguntas sencillas (¿Con qué frecuencia pierde orina?, ¿Qué cantidad de orina usted cree que se le escapa?, ¿En qué medida estos escapes de orina afectan su vida?, Cuando pierde orina)

Para su puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3+4. Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

DISEÑO METODOLOGICO

Área de estudio

El estudio se realizó en el Servicio de Ginecología del Hospital Escuela Bertha Calderón Roque de la ciudad de Managua, el cual representa un hospital de tercer nivel.

Período de estudio

La recolección de la información se llevó a cabo durante el período comprendido entre Abril del 2014 y Marzo del 2015.

Tipo de estudio (Diseño)

Se llevó a cabo un estudio tipo descriptivo de Corte Transversal - retrospectivo

Población

La población está constituida por todas las pacientes que se han intervenido quirúrgicamente por incontinencia urinaria de esfuerzo, por el servicio de Ginecología y obstétrica del Hospital Escuela Bertha Calderón Roque entre Abril del 2014 y Marzo del 2015.

Muestra

La muestra fueron las pacientes con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo tipo II, que recibieron tratamiento quirúrgico y que aceptaron participar en el estudio.

Determinación del tamaño de la muestra

Para determinar el número de individuos necesarios a ser incluidos en el estudio se aplicó la fórmula matemática para estudios descriptivos. Esta fórmula se aplicó a través del programa Epidat 3.1:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

- N = total de la población
- Z = 1,962 (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso, 5% = 0,05)
- q = 1 – p (en este caso, 1 – 0,05 = 0,95)
- d = precisión (en este caso deseamos un 3%)

Se estimó un tamaño muestra de 70 pacientes.

Selección de los individuos y asignación de las intervenciones (técnica de muestro)

Durante el período seleccionado para el estudio se seleccionaran 70 pacientes de forma consecutiva, que cumplan con los criterios de selección:

Pacientes que se les realizaron cirugías anti-incontinencia Urinaria en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo Abril 2014 – Marzo 2015

Procedimientos para recolectar y procesar la información

Se aplicó un cuestionario el cual se llenó revisando el expediente clínico y realizando llamadas telefónicas. Durante su estancia hospitalaria y durante su visita subsecuente se evaluaron las variables relevantes relacionadas con el efecto principal. Ni el paciente ni el médico evaluador conocerá el tipo de intervención aplicada.

Técnicas y procedimientos para analizar la información

Creación de la base de datos

La información obtenida se introdujo en una base de datos utilizando el programa SPSS 22.0 versión para Windows (SPSS Inc. 2011).

Estadística descriptiva:

Se elaboraron tablas de frecuencia (absolutas y porcentajes) de las variables cualitativas (categóricas). Los datos serán presentados en forma de tablas de contingencia y gráficos de barras.

Para variables cuantitativas se determinaron estadígrafos de tendencia central y de dispersión; las medidas utilizadas están en dependencia del tipo de distribución de los valores de la variable (normal o no normal- asimétrica):

Normal: Media y desviación estándar

No normal: Mediana, rango y percentiles.

Las variables cuantitativas están expresada en tablas de dispersión.

Consideraciones Éticas

Durante el diseño y ejecución del trabajo investigativo, así como durante el análisis de la información, se seguirán los principios y recomendaciones de la Declaración de Helsinki para el desarrollo de investigaciones biomédicas. Por otro lado se seguirán las normas y criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el desarrollo de ensayos clínicos controlados.

Se elaborará un documento médico legal de Consentimiento Informado, donde se le solicita a la paciente la participación en el estudio, en este se le informa sobre el proyecto de investigación,

haciendo especial énfasis en aspectos relevantes tales como instituciones y personas involucradas, propósito y procedimientos, así como también acerca de los mecanismo de seguimiento de los pacientes. También se explica sobre los riesgos potenciales de participar en el estudio. Por otro lado se remarca los aspectos relacionados con la confidencialidad, asegurándole al paciente que únicamente el equipo investigador tendría acceso a la información detallada de los participantes y de los resultados del estudio, y que en el caso de que propusiese estudios posteriores se le contactaría para solicitar su aprobación.

De igual manera se le explicará que así como acepta participar en el estudio, podía retirarse cuando lo deseara, sin que esto afectara la relación médico-paciente y produjera perjuicios en su tratamiento y salud.

El presente estudio contará con la aprobación por parte de las autoridades del hospital: Dirección General, Médica y Docente, y los jefes de servicio.

Operacionalización de las variables

Variable	Concepto	Valor
Edad	Número de años desde el nacimiento.	Menor de 35 años. 35-45 años. 46-55 años. Mayor 55 años.
Ocupación	Acción que realiza el paciente a diario para mantener su vida cotidiana.	Ama de casa. Comerciante. Trabaja en oficinas. Otros.
Religión	Creencia religiosa de la paciente.	Católica. Evangélica. Testigo de Jehová. Otras. Ateo.

Estado Civil	Estado según que lo una o no a una persona, dentro de lo que permite la ley.	Casada. Soltera. Acompañada. Divorciada.
Diabetes Mellitus	Grupo de trastornos Metabólicos caracterizados por hiperglicemia.	Si. No.
Tabaquismo	Intoxicación aguda o crónica producida por el tabaco.	Si. No.
Insuficiencia Cardíaca	Incapacidad del corazón para llevar la sangre a los tejidos como lo realizaría normalmente.	Si. No.
Actividad Física	Cantidad de energía gastada durante el día.	Leve. Moderada. Intensa.
Insuficiencia Venosa	Incapacidad de las venas para garantizar el retorno de sangre al corazón.	Si. No.
Hernias	Protrusión de un órgano o tejido fuera de su sitio normal.	Si. No.
Cirugías Previas	Antecedentes de acto quirúrgico.	Si. No.
Gestas	Número de embarazos.	Primigesta Multigesta
Parto Vaginal	Numero de Fetos mayores de 500 gramos finalizados por vía vaginal.	1. 2. 3. Más de 3.

Parto Cesárea	Numero de Fetos mayores de 500 gramos finalizados por vía abdominal.	1. 2. 3. Más de 3.
Años de Menopausia	Cantidad en años desde la última menstruación.	Menos de 1 año. 1 – 2 Años 2-5 años Más de 5 años.
Sensación Tumor en Vagina	Percepción de masa en Vagina.	Si. No.
Ardor al orinar	Sensación quemante al momento de la micción.	Si. No.
Dolor al orinar	Sensación de dolor al momento de la micción.	Si. No.
Se queda con ganas de seguir orinando	Sensación de deseos de orinar posterior a la micción.	Si. No.
Orina a gotas	Salida de chorro en gotas cuando orina.	Si. No.
Ardor en Vagina	Sensación quemante en vagina.	Si. No.
Prurito Genital	Sensación de comezón en paredes vaginales, vulva, o periné.	Si. No.
Perdida de Orina	Frecuencia de salida de orina involuntaria.	Diario. Semanal. Mensual.
Usa protectores para mantenerse seca.	Uso de protectores en área genital.	Si. No.
Perdida de Orina cuando levanta objetos pesados	Salida de orina involuntaria al levantar objetos.	Si. No.

Perdida de Orina cuando corre o hace ejercicios	Salida de orina involuntaria al hacer ejercicio.	Si. No.
Perdida de Orina cuando realiza las labores de su casa o camina	Salida de orina involuntaria al realizar labores cotidianas.	Si. No.
Cuántas veces durante el día va a orinar:	Número de veces en el día que micciona.	2-3 veces diario. 3-5 veces diario. Más de 5 veces diario.
En la noche:	Número de veces durante el sueño que se levanta a miccionar.	0-1 vez. 2-3 veces. Más de 3 veces.
Total:	Suma de número de veces que micciona durante el día y durante el sueño.	2-3 veces diario. 3-6 veces diario. 7 veces o más.
Cuando tiene deseos de orinar, tiene dolor o deseos de correr al baño:	Presencia de urgencia urinaria.	Si. No.
Durante las relaciones sexuales tiene salida de orina	Salida de orina al momento del coito.	Si. No.
En este último año en cuántas ocasiones ha tenido infección de vías urinarias	Número de veces en el último año que ha presentado una infección urinaria.	1-2 veces. Más de 2 veces.
Pierde excremento sin que lo pueda controlar	Salida involuntaria de heces sólidas.	Si. No.
Pierde excremento líquido sin que lo pueda controlar	Salida involuntaria de heces líquidas.	Si. No.
Pierde gases sin que los pueda controlar	Salida involuntaria de gases.	Si. No.
Tiene estreñimiento	Dificultad para defecar relacionada con heces muy sólidas.	Si. No.
Índice de masa corporal	Clasificación del estado nutricional.	Menor de 18. De 18 a 25.

		De 25 a 30. De 30 a 33. De 33 a 36. Mayor de 36.
Clasificación POP-Q:	Método establecido para clasificar y cuantificar los prolapsos de órganos pélvicos.	Sin Prolapso. POP-Q I. POP-Q II. POP-Q III. POP-Q IV.
Índice de Incontinencia de Hodge Sandvik	Escala utilizada para valorar Severidad de incontinencia Urinaria.	¿Con que frecuencia se le escapa la orina? ¿Qué cantidad de orina se le escapa cada vez? Índice de Severidad
Cirugía Realizada	Técnica quirúrgica utilizada para corregir incontinencia urinaria.	Colocación de malla TOT. Operación de BURCH. Otras Técnicas.
Días de estancia hospitalaria	Cantidad en días de hospitalización de la paciente posterior a su cirugía.	De 1 a 2 días. De 2 a 5 días. Más de 5 días.
Índice ISIQ-SF	Puntuación que evalúa la calidad de vida de la paciente con incontinencia urinaria.	¿Con qué frecuencia pierde orina? Cantidad de orina que usted cree que se le escapa. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria? ¿Cuándo pierde orina?

RESULTADOS

En base a los datos recolectado encontramos que el 45 % se encuentran en el rango de Mayores de 55 años, seguido del grupo entre 46 y 55 años en un 35.7%. Existe una igualdad de porcentajes al comparar las mujeres amas de casa (50%), con las que trabajan fuera de ella (50%). Casi en la totalidad de las pacientes tienen preferencias religiosas. Un total de 37 pacientes estudiadas son solteras (52.8%) (Ver TABLA 1).

TABLA 1. Factores sociodemográficos		
	No. Pacientes. n=70.	Porcentaje
Edad		
<i>Menor de 35 años.</i>	2	2.90%
<i>35-45 años.</i>	11	15.70%
<i>46-55 años.</i>	25	35.70%
<i>Mayor 55 años.</i>	32	45.70%
Ocupación		
<i>Ama de casa.</i>	34	48.60%
<i>Comerciante.</i>	21	30.00%
<i>Trabaja en oficinas.</i>	7	10.00%
<i>Otros.</i>	8	11.40%
Religión		
<i>Católica.</i>	35	50.00%
<i>Evangélica.</i>	28	40.00%
<i>Testigo de Jehová.</i>	5	7.10%
<i>Otras.</i>	2	2.90%
Estado Civil		
<i>Casada.</i>	15	21.40%
<i>Soltera.</i>	37	52.80%
<i>Acompañada.</i>	18	25.70%

TABLA 2. Factores Asociados		
	No. Pacientes. n=70.	Porcentaje
Diabetes Mellitus		
<i>Si</i>	14	20.00%
<i>No</i>	56	80.00%
Actividad Física		
<i>Leve.</i>	21	30.00%
<i>Moderada.</i>	41	58.60%
<i>Intensa.</i>	8	11.40%
Hernias		
<i>Si</i>	2	2.90%
<i>No</i>	68	97.10%
HTA / HTV		
<i>Si</i>	42	60.00%
<i>No</i>	28	40.00%

El factor asociado más representativo es el antecedente de HTA/HTV en un 60% de las pacientes. También es notorio que el 70% de las pacientes tenían actividad Física Moderada – Severa. La Diabetes Mellitus se asoció en un 20% de las pacientes. (VER TABLA 2)

En relación a los antecedentes Obstétricos, el 92.9% de las mujeres del estudios tienen más de un embarazo, Así como el 75.7%, tuvieron más de un parto por vía vaginal, y el 25.7% tuvieron más de un parto por vía cesárea. El 50% de las pacientes están en la Menopausia.

TABLA 3.		
Antecedentes Obstétricos		
	No. Pacientes.	Porcentaje
Gestas		
<i>Primigesta</i>	5	7.10%
<i>Multigesta</i>	65	92.90%
Parto Vaginal		
<i>Uno</i>	3	4.30%
<i>Dos</i>	14	20.00%
<i>Tres</i>	17	24.30%
<i>Más de 3.</i>	22	31.40%
Parto Cesárea		
<i>Uno</i>	10	14.30%
<i>Dos</i>	12	17.10%
<i>Tres</i>	4	5.70%
<i>Más de 3.</i>	2	2.90%
Años de Menopausia		
<i>1 – 2 Años</i>	3	4.30%
<i>2-5 años</i>	7	10.00%
<i>Más de 5 años.</i>	25	35.70%

TABLA 4.		
Signos y síntomas		
	No. Pacientes.	Porcentaje
Sensación Tumor en Vagina		
<i>Si</i>	32	45.70%
<i>No</i>	38	54.30%
Ardor al orinar		
<i>Si</i>	17	24.30%
<i>No</i>	53	75.70%
Dolor al orinar		
<i>Si</i>	14	20.00%
<i>No</i>	56	80.00%
Se queda con ganas de seguir orinando		
<i>Si</i>	43	61.40%
<i>No</i>	27	38.60%
Orina a gotas		
<i>Si</i>	21	30.00%
<i>No</i>	49	70.00%
Ardor en Vagina		
<i>Si</i>	11	15.70%
<i>No</i>	59	84.30%
Prurito Genital		
<i>Si</i>	15	21.40%
<i>No</i>	55	78.60%
Perdida de Orina		
<i>Diario.</i>	52	74.30%
<i>Semanal.</i>	16	22.90%
<i>Mensual.</i>	2	2.90%

Usa protectores para mantenerse seca.

<i>Si</i>	64	91.40%
<i>No</i>	6	8.60%

Perdida de Orina cuando levanta objetos pesados

<i>Si</i>	58	82.90%
<i>No</i>	12	17.10%

Perdida de Orina cuando corre o hace ejercicios

<i>Si</i>	54	77.10%
<i>No</i>	16	22.90%

Perdida de Orina cuando realiza las labores de su casa o camina

<i>Si</i>	47	67.10%
<i>No</i>	23	32.90%

Cuantas veces durante el día va a orinar:

<i>2-3 veces diario.</i>	2	2.90%
<i>3-5 veces diario.</i>	11	15.70%
<i>Más de 5 veces diario.</i>	57	81.40%

En la noche:

<i>0-1 vez.</i>	1	1.40%
<i>2-3 veces.</i>	23	32.90%
<i>Más de 3 veces.</i>	46	65.70%

Total:

<i>2-3 veces diario.</i>	1	1.40%
<i>4-6 veces diario.</i>	25	35.70%
<i>7 veces o más.</i>	44	62.90%

Cuando tiene deseos de orinar, tiene dolor o deseos de correr al baño:

<i>Si</i>	62	88.60%
<i>No</i>	8	11.40%

Durante las relaciones sexuales tiene salida de orina		
<i>Si</i>	43	61.40%
<i>No</i>	11	15.70%
En este último año en cuantas ocasiones ha tenido infección de vías urinarias		
<i>1-2 veces</i>	12	17.10%
<i>Más de 2 veces</i>	53	75.70%
Pierde excremento sin que lo pueda controlar		
<i>Si</i>	1	1.40%
<i>No</i>	69	98.60%
Pierde excremento líquido sin que lo pueda controlar		
<i>Si</i>	3	4.30%
<i>No</i>	68	97.10%
Pierde gases sin que los pueda controlar		
<i>Si</i>	12	17.10%
<i>No</i>	58	82.90%
Tiene estreñimiento		
<i>Si</i>	31	44.30%
<i>No</i>	39	55.70%

Los síntomas que más referían las pacientes eran Sensación de tumor en vagina en un 45.7% de la población, y la sensación de deseos de orinar posterior a la micción en un 61.4%. Un 74.3% de las pacientes tenían pérdidas diarias de orina, y el 91.4% tenían que utilizar protectores. La situación más frecuentes es las salida de orina al momento de levantar objetos pesados (82.9%), sin embargo es de llamar la atención que el 67.1% de las pacientes pierden orina al realizar labores de casa, lo cual se relacionaría con que el 50% son amas de casa. Además que el 61.4% de las pacientes pierden orina al momento de la relación sexual, y se debe relacionar esta situación con que el 50% de nuestras pacientes son solteras.

Con respecto a la cuantificación de las pérdidas el 81.4% refería más de 5 episodios de pérdidas urinarias al día, así como el 65.7% presentaban Nicturia en más de 3 veces por noche. El 62.9% de las pacientes presentaban más de 7 micciones en el día. (Ver Tabla 4)

La urgencia urinaria fue el síntoma que más se presentó en las pacientes estudiadas (Hasta un 88.6%), esto se relaciona con que el 92.8% de las pacientes tenían antecedentes de Infecciones de Vías urinarias.

Se debe de destacar que el 95.7% de las pacientes no tienen datos de incontinencia fecal. Un total de 31 pacientes (44.3%) presentaron dificultad para defecar. (Ver Tabla 4)

Con respecto al estado nutricional solo el 24.3% de las pacientes tenían un adecuado Índice de Masa Corporal, mientras que el 68.6% presentaban un estado que varía entre sobrepeso y algún grado de obesidad. (Ver Tabla 5)

Al asociar la incontinencia urinaria con los prolapsos de órganos pélvicos notamos que un 97.1% de las pacientes estudiadas tenían algún grado de prolapso, de ellos 15.7% estaba en grado I, 38.6% en grado II, 28.6% en grado III, y 11.4% en grado IV. (Ver Tabla 5)

TABLA 5. POP Q e IMC		
	No. Pacientes. n=70.	Porcentaje
Índice de masa corporal		
<i>Menor de 18.</i>	5	7.10%
<i>De 18 a 25.</i>	17	24.30%
<i>De 25 a 30.</i>	9	12.90%
<i>De 30 a 33.</i>	23	32.90%
<i>De 33 a 36.</i>	12	17.10%
<i>Mayor de 36.</i>	4	5.70%

Clasificación POP-Q:

<i>Sin Prolapso.</i>	2	2.90%
<i>POP-Q I.</i>	11	15.70%
<i>POP-Q II.</i>	27	38.60%
<i>POP-Q III.</i>	20	28.60%
<i>POP-Q IV.</i>	8	11.40%

Se clasifico la severidad de la incontinencia urinaria con el índice de Hogde-Sanvik, en el encontramos que el 68.6% de la población se encuentran entre Moderada y severa, un 15.7% se encontraba clasificada como muy severa. (VER TABLA 6). Los datos que nos brindan estos grados de severidad son que el 30% de las pacientes presentaban escape de orina en gotas, así como el 42.9% con perdida urinaria en chorros pequeños.

TABLA 6.**Índice de Incontinencia de Hodge Sandvik**

	No. Pacientes. n=70.	Porcentaje
¿Con que frecuencia se le escapa la orina?		
Menos de una vez al mes	4	5.70%
Algunas veces al mes	8	11.40%
Algunas veces a la semana	22	31.40%
Todos los días y noches	36	51.40%
¿Qué cantidad de orina se le escapa cada vez?		
<i>Gotas (muy poca cantidad)</i>	21	30.00%
<i>Chorro pequeño (una cantidad moderada)</i>	30	42.90%
<i>Mucha cantidad</i>	19	27.10%
Índice de Severidad		
<i>1-2 leve</i>	11	15.70%
<i>3-6 moderado</i>	23	32.90%
<i>8-9 severo</i>	25	35.70%
<i>12 muy severo</i>	11	15.70%

Con respecto al tipo de cirugías realizadas encontramos que la mayor parte de las pacientes (88.6%) se corrigieron su incontinencia con colocación de malla TOT, y 8 pacientes (11.4%) se corrigieron con operación de Burch. Dentro de los días de hospitalización, un poco mas de la mitad (51.4%) permanecieron de 3 a 5 días. (Ver Tabla 7).

TABLA 7.		
Aspectos relacionados a la cirugía		
	No. Pacientes. n=70.	Porcentaje
Cirugía Realizada		
Colocación de malla TOT.	62	88.60%
Operación de BURCH.	8	11.40%
Días de estancia hospitalaria		
De 1 a 2 días.	30	42.90%
De 3 a 5 días.	36	51.40%
Más de 5 días.	4	5.70%

Posterior a la cirugía se utilizó el cuestionario ISIC para identificar la severidad de la incontinencia urinaria (en caso de persistir), así como la calidad de vida de las pacientes estudiadas. Encontrando que el 97.1% de las pacientes no presentaban sintomatología urinaria, ni perdida de orina involuntaria, 2 pacientes presentaron aun datos de incontinencia urinaria. De ellas 1 (1.4%) presenta perdida involuntaria de orina al estornudar, y 1 (1.4%) al momento de realizar esfuerzo físico. (Ver TABLA 8)

TABLA 8.		
Índice ISIQ-SF		
	No. Pacientes. n=70.	Porcentaje
¿Con qué frecuencia pierde orina?		
Nunca	68	97.10%
Una vez a la semana	1	1.40%
2-3 veces/semana	1	1.40%
Una vez al día	0	0.00%
Varias veces al día	0	0.00%
Continuamente	0	0.00%
Cantidad de orina que usted cree que se le escapa.		
No se me escapa nada	68	97.10%
Muy poca cantidad	2	2.90%
Una cantidad moderada	0	0.00%
Mucha cantidad	0	0.00%
¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?		
1	68	97.1%
2-4	2	2.9%
5-7	0	0.0%
8-10	0	0.0%
¿Cuándo pierde orina?		
Nunca.	68	97.10%
Antes de llegar al servicio.	0	0.00%
Al toser o estornudar.	1	1.40%
Mientras duerme.	0	0.00%
Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio.	1	1.40%
Cuando termina de orinar y ya se ha vestido.	0	0.00%
Sin motivo evidente.	0	0.00%
De forma continua.	0	0.00%

DISCUSION

De acuerdo a los resultados obtenidos, se observa que la incontinencia urinaria de esfuerzo es una condición que afecta la calidad de vida de quienes la padecen, corroborando lo descrito por la bibliografía.

En nuestro estudio encontramos que la mayor parte de las pacientes eran mayores de 55 años, lo cual aunque no está demostrado que la edad sea un factor directo de riesgo para la IUE, si está documentado que los cambios producidos a causa de esta (déficit estrogenico) alteran la continencia urinaria (Madroño Freire et al. 2004), (Rebassa et al. 2013), esto se relaciona con que el 81.4% de las pacientes estudiadas estaban en etapa de la perimenopausia.

Estudios previos como González Carmona et al. 2013, y Abrams et al. 2002, describen que el parto está relacionado de forma directa con la incontinencia urinaria de esfuerzo, es de llamar la atención que 3 de cada 4 de nuestras pacientes tenían en sus antecedentes al menos dos partos por vía vaginal.

Se debe tener claro que la IUE afecta de forma social y psicológica a la paciente, esto se puede manifestar al momento de encontrar que el porcentaje de mujeres con pérdida de orina involuntaria a la relación sexual es similar al porcentaje de mujeres solteras. Además la mitad de las pacientes en el estudio son amas de casas, lo que se relaciona en qué porcentaje similar notaron la pérdida de orina al momento de realizar labores domésticas. Es conocido que las mujeres que presenta IUE por lo general se abstienen la mayor parte del tiempo en salir de casa por el temor de presentar dicha pérdidas urinarias al momento de estar fuera.

La Obesidad se describe como una causa de Incontinencia Urinaria, ya que al haber mayor aumento de presión sobre la pared del piso pélvico, esta se debilita, Martínez Córcoles et al. 2008, Velázquez Magaña et al. 2007. Nosotros encontramos que 7 de cada 10 de nuestras pacientes estaban en niveles de sobrepeso y obesidad. Al igual que la asociación que se realiza entre la IUE tipo II y los trastornos de la estática pélvica, en ello encontramos que en solo 2 casos de las pacientes que se sometieron a tratamiento quirúrgico no presentaba algún grado de prolapso del piso pélvico. Ambos factores concuerdan con la bibliografía descrita.

En toda mujer con incontinencia de esfuerzo se debe de descartar una Incontinencia Dual (Incontinencia Urinaria de esfuerzo + Incontinencia Fecal). Casi en la totalidad de las pacientes estudiadas no se relacionaban a Incontinencia Fecal. Sin embargo casi la mitad de estas presentaban estreñimiento, lo cual a largo plazo puede predisponer a incontinencia Fecal.

En pleno siglo XXI la visita a la consulta ginecológica es una de las más difíciles de realizar para muchas mujeres, ya que al momento de la revisión ginecológica se explora de una forma detallada los genitales, lo cual afecta el pudor de las pacientes, y es razón de vergüenza en algunas, esto se ve más comúnmente en mujeres de mayor edad. Todas estas razones hacen que generalmente hasta que la calidad de vida se afecta de forma moderada o severa la mujer con IUE acuda a consulta por su trastorno ginecológico. El test de Hodge Sandvik fue el utilizado para medir la severidad de la IUE, no es de llamar la atención entonces que casi el 90% de las pacientes estudiadas recibieron tratamiento quirúrgico ya en grados de afectación moderado, severo, y muy severo. Llama la atención que al momento de realizar esta clasificación dos síntomas que estaban presentes en la mayoría de las pacientes son: pérdida de orina en gotas, y pérdida de orina en chorros pequeños; ambos característicos de las incontinencias urinarias de esfuerzo.

En el último siglo se ha producido grandes avances en el tratamiento de la IUE, desde técnicas como Plastia de Kelly, o técnicas como la de Marshall o Pereira han sido descritas en la literatura. En la actualidad se encuentra como el Estándar de oro en tratamiento la Operación de Burch modificada. Sin embargo en los últimos 30 años el uso de mallas sub uretrales han demostrado ser tan efectivas como la operación de Burch, teniendo también ventajas como menos tiempo quirúrgico, y menos probabilidad de sangrado. En nuestras pacientes se utilizaron tanto colocación de mallas TOT, así como operación de Burch, lo cual entonces estaría concorde al manejo actual de esta patología.

Ambas técnicas tienen una tasa de éxito de más del 95% como corrección de IUE, y su efectividad a 5 años postquirúrgicos sobrepasa más del 90% de las pacientes. En el presente estudio Se utilizó el Índice ISIQ-SF para valorar la calidad de vida de las pacientes, se valoraron pacientes ya con al menos 3 años de haber sido sometidas a tratamiento quirúrgico, de ellas encontramos que el abordaje realizado realmente ha mejorado su calidad de vida, ya que el 97.1% de estas pacientes niegan presentar ya sintomatología relacionada a la IUE.

CONCLUSIONES

- Es la mujer en edad perimenopáusica y postmenopáusica, las amas de casa, y las pacientes con sobrepeso, las que se han demostrado que con mayor frecuencia presentan Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.
- Las situaciones que más se relacionan a Incontinencia Urinaria de esfuerzo son el antecedente de partos vaginales, y la presencia de Prolapsos de Órganos Pélvicos.
- Se puede considerar la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo de las pacientes estudiadas como un problema que afecta el estado Psico-Social.
- El uso de mallas para la corrección de IUE, es la primera opción como corrección quirúrgica. La colocación de malla TOT, es la cirugía de elección en nuestro hospital. La cirugía de Burch está destinada en pacientes con situaciones especiales.
- La corrección quirúrgica mediante Colocaciones de Malla, u Operación de Burch mejoran la calidad de vida de las pacientes con IUE, ya que desaparece la sintomatología relacionada a esta patología.

RECOMENDACIONES

- Realizar ejercicios de Kegel a partir de los 30 años, así como toda mujer embarazada. Son de fácil realización y ayudan a fortalecer el piso pélvico, en vista que los prolapsos están relacionados con la IUE.
- Educar en la consulta ginecológica a las pacientes sobre los ejercicios de reforzamiento, así como educación sobre la sintomatología y de cuando acudir a consulta, para así detectar de forma temprana este padecimiento.
- Educar al personal de Salud sobre las medidas preventivas eficaces para la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, ya que ellos son quienes están en contacto con las pacientes, y por ende los encargados de transmitir estos conocimientos.
- Brindar atención Integral a las pacientes con IUE, que incluyan terapia conductual y atención psicoterapéutica.
- Se debe de realizar en las pacientes con IUE, el cuestionario de Calidad de Vida, previo y posterior al tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

Abrams, P. Cardozo, L. Fall, M. Griffiths, D. Rosier, P. Ulmsten, U. van Kerrebroeck, P. Victor, A. Wein, A. (2002a). The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. *Neurology and Urodynamic*. 21(2), 167–78.

Abrams, P. Cardozo, L. Khoury, S. Wein A. (2002b). Incontinence. Recommendations of International Scientific Committee. Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and fecal incontinence. Second International Consultation on Incontinence .Edition 2002. Plymbridge Distributors Ltd. 1079-117.

Alfaro Lefevre, R. (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. (5 ed. p 4). Barcelona. Elsevier Doyma.

Altaweel, W. Alharb, M. (2012). Urinary Incontinence: Prevalence, risk factors, and impact on health related quality of life in Saudi women. *Neurology and Urodynamic*. June. 31(5), 642-645.

Álvarez Galán, M. C. (2011). Incontinencia urinaria en mujeres mayores de cuarenta y cinco años: factores etiológicos y calidad de vida. (Tesis doctoral de la Facultas de medicina). Universidad autónoma de Madrid.

Araño, P. Rebollo, P. González-Segura Alsina, D. (2009). Afectación de la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres de Incontinencia Urinaria Mixta. *Actas Urológicas Españolas*. 33(4), 410-415.

Arber, S. Khat, M. (2002). Introduction to “social and economic patterning of women’s health in a changing world”. *Social Science & Medicine*. (54), 643-7.

Arostegui Madariaga, I. Nuñez-Antón, V. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionarios de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form–36 (SF-36)(*). *Estadística Esp*. 50(167), 147-192.

Artazcoz, L. Borrell, C. Benach, J. (2001). Gender inequalities in health among workers: the role of family demands. *J Epidemiology Community Health*. 2001; 55: 639-47.

Azuma, R. Murakami, K. Iwamoto, M. TanaKa, M. Saita, N. Abe Y. (2008). Prevalence and risk factors of urinary incontinence and its influence on the quality of Japanese woman. *Nursing and Health Sciences*. (10), 151-158.

Nygaard, I.E. and M. Heit, Stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol*, 2004. 104(3): p. 607-20.

Mukherjee, M., Stress urinary incontinence and quality of life in women. *J Indian Med Assoc*, 2011. 109(10): p. 717-20.

Sangsawang, B. and N. Sangsawang, Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment. *Int Urogynecol J*, 2013. 24(6): p. 901-12.

Wood, L.N. and J.T. Anger, Urinary incontinence in women. *Bmj*, 2014. 349: p. g4531.

Agur, W., et al., Surgical treatment of recurrent stress urinary incontinence in women: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur Urol*, 2013. 64(2): p. 323-36.

Naumann, G. and H. Kolbl, [Current developments and perspectives on the diagnosis and treatment of urinary incontinence and genital prolapse in women]. *Aktuelle Urol*, 2013. 44(3): p. 201-6.

Pastijn, A., et al., [The treatment of female urinary incontinence]. *Rev Med Brux*, 2013. 34(4): p. 229-31.

Revicky, V. and D.G. Tincello, New surgical approaches for urinary incontinence in women. *Maturitas*, 2014. 77(3): p. 239-42.

Ulmsten, U., Henriksson, L., Johnson, P., & Varhos, G. (1996). An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 7(2), 81-86.

Koch, Y.K. and P. Zimmern, A critical overview of the evidence base for the contemporary surgical management of stress incontinence. *Curr Opin Urol*, 2008. 18(4): p. 370-6.

Mondet, F., et al., [Surgical treatment of stress urinary incontinence in women]. *Presse Med*, 2000. 29(11): p. 625-31.

Meschia, M., Pifarotti, P., Bernasconi, F., Guercio, E., Maffioli, M., Magatti, F., & Spreafico, L. (2001). Tension-free vaginal tape: analysis of outcomes and complications in 404 stress incontinent women. *International Urogynecology Journal*, 12(2), S24-S27.

Olsson I, Kroon U (1999) A three-year postoperative evaluation of tension-free vaginal tape. *Gynecol Obst Invest* 48:267–269.

Azam, U., Frazer, M. I., Kozman, E. L., Ward, K., Hilton, P., & Rane, A. (2001). The tension-free vaginal tape procedure in women with previous failed stress incontinence surgery. *The Journal of urology*, 166(2), 554-556.

Palma, P. C. R., Riccetto, C. L. Z., Dambros, M., Thiel, M., De Fraga, R., Tamanini, J. T. N., ... & Colaço, J. (2004). Safyre. Un nuevo concepto de cabestrillo ajustable mínimamente invasivo para la incontinencia urinaria por estrés femenina. *Actas Urológicas Españolas*, 28(10), 749-755.

Blandon Garcia, Isidro Ivan (1989). *Cirugiauroginecologica en el HEODRA*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN León).

Ruiz Lorente, Edgar Javier (1995). *Manejo de la incontinencia urinaria en la consulta uroginecologica del HEODRA*. Junio a Noviembre 1993-1994. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN León).

Esquivel Muños, Erick Martín (2000). *Valoración del tratamiento de la incontinencia urinaria en el HEODRA*. Noviembre a Enero 1998-1999. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN León).

Morales y Osorno (1999). *Valoración posquirúrgica de las pacientes intervenidas por IUE en el Hospital Bertha Calderón Roque, entre 1993 y 1997*. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN Managua).

Almendarez Muños, Juan . Abordaje y evaluacion de las pacientes atendidas por incontinencia urinaria de esfuerzo en el Hospital Dr Fernando Velez Paiz Enero 1999 a Agosto 2002. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN Managua).

Alemán Cruz (2006). Éxito de la cinta vaginal libre de tensión para la corrección de la IUE en pacientes con incontinencia urinaria del HALF como del HBCR. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN Managua).

Aguilar Blanco, Ariel (2013). Cirugía anti-incontinencia urinaria: Indicación y eficacia de dos técnicas quirúrgicas para corregir Incontinencia Urinaria de Esfuerzo en Hospital Fernando Vélez Paiz durante el periodo de marzo-diciembre 2012. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN Managua).

ANEXOS

Hospital Bertha Calderón Roque

Servicio de Ginecología

Ficha de identificación:

Edad: Ocupación:
Religión: Estado Civil:

Factores de riesgo

Diabetes Mellitus Estado de conciencia
Tabaquismo Actividad Física Insuficiencia venosa
Insuficiencia cardíaca Hernias
Cirugías previas

Antecedentes Gineco-Obstetricos

Gestaciones Partos Cesáreas Abortos
Fecha de última menstruación Años de menopausia

Síntomas generales

Sensación de tumor en vagina:
Tiene ardor al orinar Dolor al orinar
Se queda con ganas de seguir orinando orina a gotas
Tiene ardor en su vagina Prurito en vagina

Presentación Clínica

Pierde orina:
Usa protectores para mantenerse seca Cuantos protectores usa al día
Pierde orina cuando tose o estornuda o hace esfuerzo:
Cuando levanta objetos pesados cuando corre o hace ejercicios
Cuando realiza las labores de su casa o camina
Cuantas veces durante el día va a orinar: en la noche: Total:
Cuando tiene deseos de orinar, tiene dolor o deseos de correr al baño:
Durante las relaciones sexuales tiene salida de orina:
En este último año en cuantas ocasiones ha tenido infección de vías urinarias
Pierde excremento sin que lo pueda controlar
Pierde excremento líquido sin que lo pueda controlar
Pierde gases sin que los pueda controlar Tiene estreñimiento
Si ha recibido tratamiento médico y/o quirúrgico realizar esta pregunta

Índice de masa corporal kg/m²

Clasificación POP-Q:

Índice de severidad de Incontinencia

PREGUNTAS UTILIZADAS PARA EVALUAR EL GRADO DE SEVERIDAD DE LA INCONTINENCIA URINARIA

a. ¿Con que frecuencia se le escapa la orina?

5. Menos de una vez al mes
6. Algunas veces al mes
7. Algunas veces a la semana
8. Todos los días y noches

b. ¿Qué cantidad de orina se le escapa cada vez?

4. Gotas (muy poca cantidad)
5. Chorro pequeño (una cantidad moderada)
6. Mucha cantidad

El índice se obtiene de multiplicar los resultados de las dos preguntas

- **1-2 leve**
- **3-6 moderado**
- **8-9 severo**
- **12 muy severo**

Cirugía Realizada:

Colocación de malla TOT:

Operación de BURCH:

Otras Técnicas:

Estancia hospitalaria posterior a la cirugía:

- a. De 1 a 2 días b. De 3 a 5 días c. Más de 5 días

Cuestionario de incontinencia urinaria ISIQ-SF

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida.

Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3. Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque sólo una respuesta).

Nunca. 0

Una vez a la semana. 1

2-3 veces/semana. 2

Una vez al día. 3

Varias veces al día. 4

Continuamente. 5

2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.

No se me escapa nada. 0

Muy poca cantidad. 2

Una cantidad moderada. 4

Mucha cantidad. 6

3. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Mucho

4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud.

- Nunca.
- Antes de llegar al servicio.
- Al toser o estornudar.
- Mientras duerme.
- Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio.
- Cuando termina de orinar y ya se ha vestido.
- Sin motivo evidente.
- De forma continua.